

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

N°

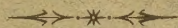
— **THÈSE** —
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1895, à 1 heure

DE L'ICTÈRE ÉMOTIF

Par **Jean-Paul LAFFITTE**

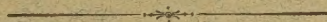
Né à Saint-Aignan le 28 Août 1869 (Tarn-et-Garonne)



Président : M. DEBOVE.

Juges : MM. { GUYON, professeur.
BALLET, et ALBARRAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR-LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

—
1895

168

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

168

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1895, à 1 heure

DE L'ICTÈRE ÉMOTIF

Par Jean-Paul LAFITTE

Né à Saint-Aignan le 28 Août 1869 (Tarn-et-Garonne)



Président : M. DEBOVE.

Juges : MM. { GUYON, professeur.
BALLET, et ALBARRAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR-LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE .
	STRAUS.
Clinique médicale	G. S. E.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphili- tiques	
Clinique des maladies du système nerveux	FOURNIER.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
Clinique des maladies des voies urinaires	BERGER.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Cliniques d'accouchements	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETERER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A mon Président de Thèse

M. le Professeur DEBOVE

Chevalier de la légion d'honneur

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Médecin de l'hôpital Audral

AVANT-PROPOS

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'ictère émotif et nous souvenant des difficultés soulevées au sujet de la pathogénie de cette affection, nous résolûmes d'en faire le thème de notre thèse inaugurale.

Ce travail que nous soumettons au contrôle de nos juges n'a d'autre but que de mettre en relief une pathogénie controversée et de tracer une simple esquisse de l'ictère émotif ; esquisse provisoire bien entendu, car les faits sont encore trop restreints pour avoir la prétention de fixer définitivement la science à ce sujet.

Nous sommes heureux, au moment de terminer nos études médicales, de remercier tous ceux qui de près ou de loin nous ont porté quelque intérêt et prodigué leur science et leurs conseils.

Que mes maîtres dans les hôpitaux, MM. les Professeurs Tillaux, Gaucher, Bucquoy, Budin, Chauffard, qui nous

ont fait profiter de leur enseignement éclairé, reçoivent ici le témoignage de notre profonde gratitude et l'hommage de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

M. le professeur Debove a bien voulu couvrir de son patronage notre modeste ébauche, nous sentons l'honneur qu'il nous a fait et nous l'en remercions vivement.

De l'Ictère Emotif

L'influence des émotions morales, violentes, de la peur surtout sur la production de la jaunisse est fort anciennement connue. Le fait est même devenu depuis longtemps de connaissance vulgaire et les expressions, « devenir jaune de peur, jaunir d'épouvante », sont les locutions courantes. Il serait facile de retrouver dans nombre de romans des expressions ayant trait à un fait analogue.

Ces locutions populaires nées sous l'influence d'idées scientifiques déjà anciennes doivent-elles être considérées comme des reliquats d'anciennes théories ayant cours sur la bile ? ou bien la médecine actuelle laisse-t-elle place encore à l'ictère émotif. Il est certain que de nombreux cas où la seule idée pathogénique autrefois trouvée était une frayeur, une émotion aussi lointaine que fugitive doivent être écartées. Au fur et à mesure que marchent les progrès de la science et que s'étend le champ des décou-

vertes précises, les notions pathogéniques vagues, comme le froid, le traumatisme, la frayeur, tendent de plus en plus à être reléguées en second plan.

Nombre de jaunisses dont la cause pathogénique eût été attribuée autrefois à un tourment moral, à une frayeur quelconque seront rapportées aujourd'hui sans conteste à des origines plus réelles, à l'infection par exemple pour un certain nombre d'entre elles. Nombre d'ictères infectieux bénins, consécutifs à un léger état gastrique, bien connus et bien étudiés aujourd'hui, eussent été autrefois mis sur le compte de l'ictère émotif. Mais il est des cas, encore assez nombreux aujourd'hui où on n'a trouvé comme explication que la violence du choc moral.

C'est là l'ictère émotif vrai dont l'existence est aujourd'hui encore acceptée par tous les auteurs ; et nous verrons qu'il peut exister avec ou sans état gastrique préalable. Peut-être dans l'avenir une connaissance plus complète des faits viendra-t-elle diminuer encore le nombre de ces ictères en enlevant pour les mettre à leur véritable place un certain nombre des cas qu'aujourd'hui encore on peut faire rentrer dans le cadre de notre étude.

Nous ne voulons point étudier ici l'histoire de la maladie. Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies du foie ont eu à parler de l'ictère émotif. Les noms de

ceux qui se sont plus particulièrement attachés à cette variété viendront mieux à leur place quand nous étudierons la pathogénie de l'ictère émotif. C'est sur ce chapitre assurément le plus important et le plus intéressant de l'étude de cette maladie qu'ont porté les efforts des auteurs.

Après avoir étudié rapidement les symptômes de la maladie, classé les formes différentes que l'on peut y distinguer et rapporté les observations qui justifient ces formes, nous étudierons la pathogénie, le diagnostic et le traitement de l'ictère émotif.

Etiologie

Le nom même d' « ictère émotif » en indique l'étiologie. La connaissance de l'influence de l'émotion est même si connue du public que nombre de malades indiquent au médecin comme cause de leur jaunisse une vive émotion morale ; mais celui-ci doit être en garde contre cette cause d'étiologie trop faiblement acceptée ; nombre de cas d'ictère autrefois rangés sous la dénomination de nerveux ou spasmodiques peuvent être attribués à des ictères catarrhaux bénins.

Dans tous les cas vrais, il s'agit d'un ébranlement nerveux, violent, qui a brusquement secoué l'organisme et provoqué par des moyens que nous aurons à rechercher l'intoxication biliaire. C'est surtout la frayeur qui doit être la cause la plus fréquemment incriminée ; c'est elle que l'on retrouve indiquée dans la plupart des observations. Une vive douleur peut être incriminée ensuite. Puis viennent

la colère et un certain nombre d'états d'âme qui surexcitent violemment l'organisme et peuvent permettre le passage dans le sang des éléments biliaires.

C'est dans cet ordre d'idées que l'on a voulu invoquer comme cause étiologique une grande joie, un bonheur subit et inespéré. On a également parlé du coït comme cause d'ictère ; et Hoffmann rapporte le cas d'un « homme qui était pris d'un léger ictère toutes les fois qu'il abusait du coït. » Toutes ces causes sont certainement importantes et méritent d'être retenues, mais nous croyons qu'il faut faire une large part étiologique à l'état général de l'individu, à ses antécédents, à ses prédispositions morbides, générales et momentanées.

Il est certain que les individus faibles, énervés, que les gens désignés autrefois sous l'épithète générale de lymphatiques, seront plus sujets que les autres à contracter la maladie et cela en raison même de leur état de débilité et surtout parce qu'ils ressentent plus violemment les impressions intérieures. Ils sont craintifs, un peu pusillanimes, présentant parfois des signes de dégénérescence physique, ils se laissent facilement émouvoir par les plus légères contrariétés ; à plus forte raison une violente émotion, une grande frayeur, un moment de colère seront-ils vivement ressentis. Voilà les seuls malades capables d'être atteints

d'ictère émotif vrai. Nous croyons qu'il faut faire aussi une part assez importante aux prédispositions spéciales du malade. Il est des personnes plus sujettes à souffrir d'un organe que d'un autre. « Le foie est un des viscères pour lesquels cette prédisposition est la plus marquée. »

L'influence du système nerveux est indubitable dans le cas actuel. Que celui-ci agisse sur la sécrétion biliaire par l'intermédiaire du plexus hépatique ou par un spasme de voies biliaires, son rôle se manifeste là comme dans toutes les autres sécrétions salivaire, intestinale, sudorale ou lacrymale, qui, on le sait, sont augmentées par les émotions.

Dans ce même organe n'a-t-on pas voulu faire jouer un rôle aux affections psychiques dépressives dans la production du cancer du foie.

Des influences prédisposantes particulières comme l'impaludisme, les maladies infectieuses peuvent être citées. Mais il faut surtout signaler l'influence considérable et prépondérante de l'état gastrique antérieur ou actuel du malade. C'est dans le retentissement sur les organes digestifs et particulièrement sur l'estomac que l'on trouvera l'explication de nombre d'ictères rangés sous la dénomination d'ictères émotifs et qu'une étude plus sérieuse des faits pourra peut-être faire rentrer dans le cadre de l'ictère catarrhal bénin.

Symptomatologie

Quelle que soit la cause, lorsque le syndrome ictère s'est manifesté un cortège symptomatique, toujours le même, que nous croyons devoir énumérer rapidement se manifeste. Nous signalerons ensuite les différences et les particularités que peut montrer l'ictère émotif.

1° Coloration ictérique. — Avant d'atteindre la peau, la coloration anormale frappe d'ordinaire certaines muqueuses, les conjonctives et la muqueuse linguale surtout à la face inférieure au niveau des veines ranines. Elle se répand ensuite sur tout le corps, sa teinte varie du jaune clair au jaune foncé. Les liquides organiques, les sécrétions, la sueur, peuvent prendre la coloration ictérique ; jamais ou très exceptionnellement on ne l'a signalée dans la salive et dans les larmes.

Mentionnons seulement la xanthopsie et l'héméralopie (Parinaud).

La peau est le siège de démangeaisons assez vives, ne s'accompagnant pas de lésions cutanées ; si l'on excepte les plaques jaunes ou xanthélasma signalées pour la première fois par Roger.

2° Troubles de l'appareil digestif. Les troubles digestifs antérieurs et ceux dus à l'ictère s'associent. La langue est presque toujours épaisse, saturale, les digestions lentes, les matières fécales sont souvent décolorées, blanches ; dans d'autres cas elles restent normales. On a noté ces deux alternatives dans l'ictère émotif.

3° Troubles de la circulation. Le pouls est ralenti et l'on constate au niveau du cœur un souffle qui a été diversement interprété et localisé ; extra-cardiaque, mitral, ou tricuspide, suivant les auteurs.

Enfin mentionnons les troubles du système nerveux, troubles de sensibilité générale, l'arthralgie, la myopathie ictérique (Quinquaud), quelques plaques d'anesthésie, et les altérations du sang sur lesquelles nous aurons à revenir.

Tels sont rapidement esquissés les symptômes qui se rencontrent dans l'ictère en général. L'ictère émotif a un début qui peut être absolument brusque. La coloration jaune apparaît immédiatement. Il en était ainsi dans le cas de ces deux étudiants qui se battent en duel ; l'un des deux

laisse tomber son épée, effrayé d'avoir vu son adversaire devenir subitement jaune. D'autres fois le début est moins rapide, c'est quelque temps après l'émotion due à la frayeur que la coloration jaune apparaît. Le patient, surpris en pleine santé apparente par une émotion, devient agité, anxieux, en proie à un léger mouvement fébrile et à quelques accidents gastriques. Ce n'est que plusieurs heures après ; quelquefois plusieurs jours que l'ictère apparaît. Dans ces conditions peut-on dire qu'il y a ictère infectieux bénin. Ce n'est pas, il est vrai, l'opinion des auteurs qui se sont occupés de la question. Cependant nous ferons remarquer qu'il suffit d'un état gastrique, même léger, pour déterminer un état infectieux suffisant pour produire l'ictère. L'infection des voies biliaires, consécutive à l'embarras gastrique, entraîne une tuméfaction de la muqueuse et peut déterminer parfois la formation d'un bouchon muqueux au niveau de l'ampoule de Vater. Il y aura donc là, ictère secondaire, ictère infectieux bénin, l'embarras gastrique est primitif et c'est lui qui sera sous la dépendance directe de l'émotivité. Mais il restera à chercher dans ces cas comment agit l'émotivité pour produire l'embarras gastrique. Nous verrons plus loin les explications données à cette hypothèse par M. le professeur Potain.

Ne pourrait-on pas voir dans la concomitance ou l'absence de cet état gastrique, et dans la présence de ce bouchon muqueux, la cause qui préside à la rétention biliaire. On sait que dans un certain nombre de cas, malgré l'ictère, les selles restent colorées; dans ce cas les phénomènes d'embarras gastrique, d'obstruction des voies biliaires manqueraient; la bile passerait dans l'intestin et colorerait les fèces. Dans les autres cas, la coloration blanche serait due à l'existence du gonflement muqueux des canaux biliaires.

En tous cas, il est un point que l'on peut affirmer, c'est l'influence des phénomènes gastriques sur la marche de la maladie; à ce point de vue, il y a deux variétés absolument distinctes: L'ictère émotif vrai, *immédiat*, primitif est léger, il dure ordinairement 4 à 6 jours, rarement plus et se termine par la guérison. Il peut se compliquer, il est vrai, d'embarras gastrique dû peut-être aussi à l'émotivité et, ayant débuté comme ictère émotif, et se continuera avec tous les phénomènes d'ictère catarrhal; dans ces cas le pronostic sera nécessairement plus réservé; il faut se rappeler avec Cruveillier que les ictères les plus simples peuvent devenir nocifs.

L'ictère émotif secondaire, retardé, a toujours un pronostic plus sérieux. Le retentissement de l'émotion sur

l'estomac indique fréquemment au niveau de cet organe « locus minoris resistentiæ » et dans ces cas surtout il faudra s'occuper de l'état général et des maladies antérieures.

Du reste dans l'ictère émotif comme dans toutes les autres variétés d'ictère, il faudra s'occuper avec soin des lésions rénales possibles. L'examen des urines ne devra pas seulement avoir pour but de renseigner sur le passage de la bile dans le courant sanguin : il faudra y rechercher avec soin la présence de l'albumine, des cylindres. Le rein est peut-être lésé par une maladie antérieure, il peut même être atteint comme cela s'est vu par le passage prolongé de la bile et l'on sait les cas d'ictères aggravés par l'insuffisance rénale.

Diagnostic

Les commémoratifs, on le comprend, doivent être d'un grand secours pour le diagnostic de l'ictère émotif. Les circonstances qui ont signalé l'apparition de la maladie et sur lesquelles les patients ne manqueront pas d'appeler l'attention seront très utiles à connaître. Cependant il faut toujours se défier un peu des renseignements de ce genre qui vous sont fournis. On sait en effet avec quelle facilité on est toujours porté à rechercher la raison d'une maladie dans un trouble physique ou moral. Si l'on s'en rapportait à l'étiologie fournie par les patients, on trouverait toujours une chute, un traumatisme, une frayeur comme cause de leur affection. Aussi croyons-nous qu'il ne faudra accepter le diagnostic d'ictère émotif que lorsque la recherche de toutes autres causes d'ictère aigu aura été vaine ; le diagnostic d'ictère émotif ne peut être et ne doit être fait que par exclusion.

Il faudra surtout faire attention aux phénomènes gastriques qui auront pu précéder la maladie. Le seul diagnostic différentiel se fera avec les ictères catarrhaux et infectieux bénins.

Dans cette recherche il faudra se baser surtout sur les phénomènes d'apparition immédiate de la teinte jaune aux conjonctives et à la peau et sur le bon état antérieur des voies digestives.

Pathogénie

Les nombreuses théories pathogéniques auxquelles a donné naissance la production de l'ictère émotif, les expériences qu'elle a suscitées et la diversité des hypothèses auxquelles elles ont donné naissance rendent très intéressante l'étude de la pathogénie de l'ictère émotif.

Avant d'aborder les principales hypothèses nous croyons devoir parler ici de l'idée pathogénique dont M. le professeur Potain s'est fait le promoteur, et, pour des cas déterminés, le défenseur. Nous avons vu que, dans un certain nombre de cas, l'on retrouvait l'embarras gastrique concomitant. Aussi M. Potain s'est demandé si quelques ictères émotifs retardés n'étaient pas la conséquence de cet embarras gastrique et si l'émotion n'agissait pas directement sur l'estomac; l'ictère phénomène consécutif resterait alors dans le cadre des ictères infectieux.

Ces considérations, dit le professeur Potain, n'auraient pas seulement un intérêt théorique, elles comporteraient

aussi une certaine importance, elles expliqueraient notamment pourquoi il est si souvent difficile d'apprécier d'une façon exacte la durée et le pronostic de l'ictère émotif. La question n'est en somme que reculée, au lieu de rechercher le mécanisme de la production de l'ictère par influence morale, il faudra nous demander comment l'impression morale pourra provoquer l'embarras gastrique. Voici l'explication ingénieuse donnée par M. le professeur Potain.

« Nous savons tous dans quelle mesure les voies gastriques sont influencées par une émotion terrifiante ou attristante. C'est là un fait vulgaire. Il est à peine besoin de rappeler la perte d'appétit qui accompagne les chagrins prolongés, la diarrhée qui suit la peur.

L'examen de ces phénomènes est toutefois difficile. Nous sommes bien obligés de croire que ces émotions retentissent sur le tube digestif en modifiant sa motricité ; exagérant lors d'une émotion vive ou se ralentissant lors d'un chagrin, le péritaltisme intestinal. Mais le système nerveux ne règle pas seulement la motricité de l'intestin ; la sécrétion et la circulation intestinales se trouvent aussi sous son étroite dépendance.

Nous connaissons d'autre part le rôle de l'élément infectieux dans la détermination de l'embarras gastrique, l'influence saisonnière ; l'existence de petites épidémies

localisées de famille ou de maison prouvent assez l'importance de cette infection. Est-il possible d'admettre un rapport entre cette affection et l'acte émotif ? L'impression de terreur est-elle susceptible de favoriser l'activité microbienne ? C'est là une hypothèse un peu audacieuse sans doute et cependant rationnelle et parfaitement explicable.

A l'état normal l'intestin est un habitat de microorganisme multiples, saprophytes ou pathogènes, prêts à envahir les organes voisines. Tant que l'épithélium et les glandes intestinales sont normales, elles constituent une barrière protectrice des plus puissantes ; la bile de son côté est un obstacle en raison de ses propriétés antiseptiques. Dans certaines conditions cet état de résistance normale peut se modifier et les glandes sont envahies, et les voies biliaires sont infectées. Or, c'est une règle assez générale que les organes sécréteurs se laissent rarement pénétrer à l'état normal par les microorganismes et qu'ils ne sont infectés que lorsque leurs sécrétions se ralentissent ou se suspendent. Les sécrétions sont réglées par le système nerveux, une irritation quelconque portant sur le même système nerveux pourra se traduire par un trouble dans les sécrétions intestinales et favorisera de ce fait l'infection. Cette infection se propagera d'autant mieux aux voies biliaires qu'elle pourra être facilitée non seulement par la

diminution du flux biliaire, mais encore par une altération dans la composition de la bile.

A l'état normal, sans doute, les voies biliaires sont protégées par l'écoulement de la bile, dont le taux n'est pas inférieur à celui des urines et par les propriétés bactéricides de cette bile. De nombreux faits le prouvent et l'observation rapportée à ce sujet par M. Rendu est des plus instructives. Il s'agit d'un malade chez lequel survinrent des accidents graves du côté du foie. Le malade succomba au bout de peu de jours ; à l'autopsie on constata l'existence d'abcès hépatiques multiples, mais ces abcès étaient stériles et le contenu des voies biliaires fourmillait de streptocoques ayant perdu, comme le prouvent les résultats négatifs de l'inoculation et des cultures, toute virulence et même toute vitalité.

La bile peut donc créer l'atténuation microbienne. Ce pouvoir bactéricide n'est pas toujours, il est vrai, aussi prononcé. Il peut même faire défaut lorsque la composition du liquide varie, ce qui est relativement fréquent.

Il devient ainsi facile de comprendre la diversité des effets que pourra déterminer l'émotion. Celle-ci, dans certaines circonstances, ne provoquera aucun symptôme, tandis que, dans d'autres au contraire, elle déterminera un embarras gastrique passager ou prolongé, à caractère infectieux.

Parfois cette infection, au lieu de se limiter, à l'intestin ou à l'estomac, se propagera dans les voies biliaires donnant aussi naissance à l'ictère. » Telle est l'hypothèse d'ictère émotif secondaire émise par M. le professeur Potain. Nous allons aborder maintenant l'étude de l'ictère primitif, à arrivée brusque ou légèrement retardée.

Plusieurs théories sont là en présence. Nous pouvons les classer en quatre catégories.

- 1° Ictère par rétention dû au spasme du canal cholédoque.
- 2° Ictère par polycholie.
- 3° Ictère paralytique, par action réflexe.
- 4° Ictère acathetique de Libermeister.
- 5° Théorie spasmodique.

(1) THÉORIE SPASMODIQUE

L'obstruction des voies biliaires par un bouchon muqueux, par un calcul biliaire, par une cause quelconque détermine la production de l'ictère. L'émotivité est la cause de nombreux spasmes. Peut-il y avoir spasme du canal cholédoque comme dans d'autres organes ?

Il fallait d'abord prouver, dans ce cas, la présence de fibres musculaires dans les canaux biliaires. Actuellement on reconnaît que ces canaux biliaires (canal cholédoque) contiennent des fibres musculaires, disposées la plupart longitudinalement, ainsi que cela a été bien prouvé par

l'étude histologique des canaux biliaires chez un supplicié (Vignal) ; les fibres cellulaires sont-elles suffisantes pour déterminer des contractions spasmodiques capables d'entraver le cours de la bile ? Magendie, à la suite de nombreuses expériences, n'a jamais pu constater des traces de contractilité soit dans la vésicule, soit dans les canaux biliaires.

Haller, Muller et Brücke les ont cependant constatées. Pour Beclard (1) leur existence ne fait aucun doute. « Les contractions de la vésicule biliaire et des canaux biliaires peuvent être constatées directement sur les animaux vivants ; lorsqu'on met à découvert les voies biliaires par l'ouverture de l'abdomen et qu'on introduit dans le canal cholédoque et le canal cystique un stylet ou une sonde, les canaux biliaires se contractent énergiquement sur le corps étranger : Des corps relativement volumineux (dont le volume dépasse 8 ou 10 fois le calibre des canaux biliaires), placés et maintenus dans la vésicule, s'engagent dans les canaux et sont chassés peu à peu du côté de l'intestin. »

Les expérimentateurs récents, entr'autres MM. Laborde et son élève Audigé se sont consacrés à l'étude de la contractilité des canaux biliaires ; et leurs observations en

1° Beclard. Traité de physiologie, I, 659.

démontrent nettement l'existence. Il en a été de même dans des expériences de même genre, faites par M. Glez.

Nous citerons enfin les expériences de M. Daraignez, qui a constaté les mouvements ondulatoires de la vésicule et son retrait dans le sens de la longueur sous l'influence de l'excitation électrique. Nous croyons devoir signaler ici une des expériences de Laborde, faite en 1878 sur une chienne. « De la contractilité, le spasme et la sensibilité des canaux biliaires. (Laborde, *Tribune médicale*, 1878). » Sur une chienne vigoureuse de la race des terriers, nous avons mis largement à découvert la région népatique intra abdominale à l'aide d'une incision obliquement dirigée du creux épigastrique sur le rebord des fausses côtes. Le foie étant relevé par son bord tranchant, la vésicule biliaire a été saisie et maintenue par un fil passé à l'aide d'une fine aiguille courbe à travers les parois de son bas-fond, tandis qu'un autre fil passé sur le canal cholédoque aussi près que possible du duodenum, maintenant également ce canal légèrement tendu. Nous avons de la sorte immédiatement sous les yeux les principales parties de l'appareil sécréteur biliaire.

L'animal ayant été laissé quelques instants au repos ; nous portons, en premier lieu un courant induit progressivement gradué sur la paroi externe de la vésicule, les deux rhéophores étant tenus aussi éloignés que possible

l'un de l'autre et très légèrement appliqués. Cette application détermine une rétraction lente et continue du réservoir biliaire, surtout dans le sens longitudinal, rétraction qui a toujours une limite et qui ne va pas jusqu'à l'accolement des parois de la vésicule.

Le même courant appliqué sur la paroi externe du canal cholédoque bien isolé, on voit celui-ci se rétrécir manifestement.

La confirmation de ces faits sur l'homme a pu être faite sur le corps du supplicié Campi. « Les résultats sont sans doute moins nets, mais peuvent corroborer ceux signalés dans les expériences de Daraignez. »

La vésicule biliaire de Campi, dit M. Laborde, était complètement ridée et aplatie sur elle-même. Sous l'influence d'un courant électrique, il se formait à sa surface des rides très visibles, des contractions qui s'étendaient jusqu'à l'embouchure du canal cystique.

Ainsi donc on peut conclure à la contractilité des voies biliaires et on sait d'autre part, depuis les expériences de Saunders qu'après la ligature du canal cholédoque, il y a absorption des éléments de la bile dans le sang et les vaisseaux lymphatiques, de là l'apparition de l'ictère. De multiples expériences ont été faites sur ce point; nous signalerons celles de Frérichs, de Tredmann, de Gmelin, de

Heidenhaim, qui ont observé l'ictère 24 heures environ après la ligature du canal cholédoque. Audigé dans sa thèse signale des résultats différents. Pour lui le passage de la bile dans le sang se fait « avec une grande rapidité et il suffit de trois à quatre heures le plus souvent pour que les matières pigmentaires de la bile résorbées soient appréciables à un réactif. »

Dans les expériences de Ludwig, l'auteur allemand fait jouer le principal rôle de résorption biliaire non aux capillaires sanguins, mais aux lymphatiques. Ces faits n'ont pas été confirmés par les observations postérieures de Lepine, qui trouva les sels biliaires dans les veines sus-hépatiques.

Les éléments de la bile se résorbent donc, cela est certain et prouvé, malgré l'objection soulevée par Vulpian, que les chiens possèdent très souvent une certaine quantité de matière colorante de la bile dans l'urine à l'état normal ou du moins en dehors d'un état morbide notable. » Mais cette résorption est-elle suffisante pour produire rapidement l'ictère, c'est là un point très douteux. On observe souvent depuis deux à trois jours, les matières colorantes de la bile dans l'urine au moment d'un ictère par rétention biliaire. Ainsi, quand un accès brusque de colique hépatique amène une obstruction complète du canal cholédoque, l'ictère n'apparaît pas au début de la crise. La coloration jaune

de la peau et des muqueuses n'est guère appréciable avant vingt-quatre heures et quelquefois seulement avant deux à trois jours.

De plus l'oblitération du cholédoque produit-elle toujours de l'ictère ? MM. Hauot et Gombault ont signalé en 1881 un cas d'oblitération du canal cholédoque constatée à l'autopsie et sans qu'il y ait eu trace d'ictère. M. Quinquaud ajoute que chez certains animaux comme le cobaye, la ligature du canal cholédoque peut ne pas déterminer d'ictère, les vaisseaux du foie restant perméables.

Ce sont là des faits exceptionnels et dans la plupart des cas la rétention mécanique de la bile est la cause de l'ictère. Un spasme peut-il produire les mêmes effets ; les canaux biliaires peuvent-ils se rétrécir par contracture de leurs fibres musculaires suffisamment pour que l'écoulement de la bile soit entravé ?

Cette théorie de l'ictère spasmodique a eu de nombreux défenseurs. Ici comme dans nombre d'autres cas, l'émotion agirait en faisant contracter spasmodiquement les fibres musculaires des conduits. S'appuyant sur les expériences que nous avons signalées et qui montraient les conduits biliaires se contractant autour d'un corps étranger, d'un calcul par exemple, on a admis la possibilité d'une contraction spasmodique à vide.

Un grand nombre d'auteurs, Charcot, Laborde, l'admettent, et M. F. Frank semble être aussi de cet avis.

« L'ictère émotif, celui de la colère, dit M. Frank, reconnaît certainement pour cause la résorption des pigments de la bile accumulés sous pression dans les canaux hépatiques, faute d'un écoulement suffisant par les voies naturelles. De même la provocation de coliques hépatiques par les accès de colère semble bien montrer que sous l'influence cérébrale, l'appareil excréteur de la bile se contracte énergiquement [et produit l'engagement de calculs vésiculaires dans des canaux trop étroits pour leur donner librement passage. »

Daraignez qui adopte cette théorie spasmodique y ajoute comme conséquence nécessaire la différence de pression vasculaire signalée par M. Potain dont nous aurons à parler plus loin.

Nous croyons cependant que cette théorie spasmodique ne doit pas être acceptée. Pour qu'un spasme pût être assez puissant pour déterminer l'occlusion complète d'un canal il faudrait une musculature puissante et celle des canaux biliaires est très faible, à peine quelques fibres lisses dont la disposition longitudinale est tout à fait défectueuse.

L'état qui se rapproche le plus de celui qui se manifeste

sous l'influence du spasme, est causé par la faradisation. Or les expériences de Vulpian sur le chien n'ont pas amené de notables resserrements des vaisseaux. Admettons le spasme; il est ordinairement peu prolongé dans les fibres striées; à plus forte raison sera-t-il extrêmement court dans les fibres lisses et dans l'impossibilité de déterminer une oblitération prolongée des vaisseaux.

L'absence de douleurs dans l'ictère émotif prouve également qu'il ne doit pas y avoir une contraction musculaire, laquelle s'accompagnerait facilement de phénomènes douloureux très intenses.

On ne peut pas admettre davantage un spasme d'une durée aussi longue que celle de l'ictère émotif type.

Enfin il est un point qui renverse dans un grand nombre de cas la théorie spasmodique, c'est la persistance de l'écoulement de la bile dans l'intestin ayant pour conséquence la coloration des selles; ce qui prouve d'une façon péremptoire qu'il n'y a pas obstacle au cours de la bile.

(2) ICTÈRE PAR POLYCHOLIE

En présence de cette coloration des fèces coexistant avec l'ictère on est arrivé à se demander s'il n'y avait pas alors ictère par production exagérée de bile, par polycholie, ou mieux par pleiocholie. Cette théorie pathogénique de l'ictère est très ancienne, puisque Hippocrate déjà disait « que

la bile trop abondamment sécrétée devient une source féconde de maladies. »

Mendiboure accepte dans sa thèse l'hypothèse de l'ictère par polycholie. Cette abondance de bile coexiste avec un spasme de canaux biliaires ; il y a alors hypertension dans les canalicules biliaires, reflux dans les capillaires sanguins et ictère.

L'hypersécrétion biliaire semble cependant incompatible avec un courant osmotique en sens inverse. La vis à tergo suffit à chasser la bile dans le vésicule puis dans l'intestin et sous l'influence d'une poussée plus violente, la bile y est entraînée en quantité considérable sans y avoir subi de modification. Or on sait qu'à l'état normal une partie des éléments de la bile est réabsorbée dans le tube intestinal. Les expériences de Hoppe Scyler, de Bidder, de Smmith, de Naunyn sont très explicites sur ce point. Dans l'ictère par polycholie, le passage dans le sang des éléments de la bile se ferait par réabsorption sur tout le parcours du tube intestinal.

Cette production exagérée de la bile est admise par Grissolle. Qui n'a pas vu, dit cet auteur des individus qui à la suite de secousses morales rendent par la bouche et par l'anus des flots de bile. Ce fait n'est nullement surprenant puisque cette même influence se remarque également dans

plusieurs autres sécrétions comme les larmes, la salive, l'urine et les sueurs. Ainsi nous voyons que dans l'ictère dit spasmodique la bile est sécrétée en plus grande abondance, et qu'elle est forcée par cela même de stagner dans les conduits où la matière colorante est résorbée et portée ensuite dans le torrent circulatoire. » Cette théorie semble être très rationnelle, la polycholie est mise sur le même plan que la polyurie ; mais la polycholie n'implique pas nécessairement la résorption de la bile. Les vomissements, les diarrhées biliuses sont peu fréquemment notées, et c'est à peine alors s'il y a un léger subictère des conjonctives. Nous sommes loin de la teinte jaune généralisée.

Aussi croyons-nous que la polycholie, comme le spasme des canaux biliaires peuvent exister, mais qu'à eux seuls ces éléments ne peuvent rendre compte des phénomènes observés. Il faudra néanmoins et quoique la pleiocholie n'ait pu être prouvée, réserver souvent une assez forte part à cette hypothèse dans l'explication de certains de nos cas d'ictère.

(3) ICTÈRE PARALYTIQUE par action réflexe.

On a alors eu l'idée de demander au système nerveux central l'explication de l'apparition brusque des matériaux de la bile dans le sang. L'étiologie de cette affection contribuant à pousser vers cette hypothèse.

Le système nerveux peut agir de différentes façons, soit par paralysie des voies biliaires, soit par l'action qu'il exerce sur les vaisseaux. On sait que toutes les sécrétions sont soumises à l'influence plus ou moins directe du système nerveux. L'excitation ou la section des nerfs glandulaires peuvent augmenter ou suspendre une sécrétion. Sans parler de l'action bien connue du système nerveux sur les sécrétions intestinale et salivaire, rappelons l'expérience de Claude Bernard sur la sécrétion biliaire. Cet auteur a vu la bile couler plus rapidement chez un chien quand on le caresse et s'arrêter si on vient à le maltraiter.

La paralysie des voies biliaires a été primitivement celle qu'admettait M. Laborde en regrettant toutefois l'absence de démonstration directe.

Pour M. Germain Sée « le nerf pneumogastrique agirait sur la sécrétion biliaire ; que ce nerf vienne à éprouver une action paralysante et tout aussitôt la respiration se ralentit tandis que le cœur s'accélère. Il en résulte une congestion passive du foie, c'est à dire une perturbation suffisamment persistante de la circulation hépatique pour amener une modification dans la sécrétion de la bile dont l'effet serait l'ictère. »

Harley adopte aussi cette théorie. Pour lui aussi il y a sur les capillaires du foie des phénomènes paralytiques ana-

logues à ceux qui s'observent sur les capillaires de la face et des oreilles du lapin après la section des filets de la huitième paire. Nous signalerons encore la théorie de Frerichs qui assimile la production de l'ictère à celle de la glycosurie par lésion du plancher du 4^{me} ventricule. L'action nerveuse se ferait sentir soit par des modifications dans l'action du cœur et des mouvements respiratoires, soit par des modifications dans la cellule hépatique. Pour Bence Jones, la paralysie des filets sympathiques ou l'irritation des filets du pneumogastrique amène la dilatation des capillaires hépatiques. Par suite de cette distension du foie, la surface vasculaire de diffusion serait augmentée et la bile passerait en plus grande abondance dans le sang.

Le professeur Potain a accepté cette idée de la dilatation paralytique des capillaires hépatiques et complété la théorie de la façon suivante. Sous l'influence de la dilatation vasculaire, il y a abaissement brusque de la pression dans le système sanguin et la pression dans les canaux biliaires restant la même, il établit un courant exosmotique des vaisseaux biliaires vers les vaisseaux sanguins et la bile passe dans le torrent circulatoire.

Malheureusement à elle seule cette dilatation des capillaires hépatiques n'explique pas la diffusion des éléments de la bile dans le sang. Cette dilatation se produit dans bien des circonstances sans qu'il y ait ictère.

(4) ICTÈRE ACATHECTIQUE

Autrefois pour expliquer le passage de la bile dans l'organisme, on admettait que les pigments biliaires s'élaboraient dans le sang et trouvaient leurs voies d'élimination dans le foie. Le foie cessant de fonctionner pour une raison quelconque, la bile, toujours élaborée, ne s'éliminait plus et produisait l'ictère.

Les théories actuelles ayant placé uniquement dans la cellule hépatique l'origine de la bile, on a accusé un obstacle au cours de ce liquide soit par arrêt brusque soit par l'intermédiaire d'un catharre gastro-duodenal et biliaire. Pour expliquer les cas où ces catharres ne pouvaient être impliqués, Lubormeister, reprenant les idées du physiologiste Grützner, dit que la cellule hépatique peut retenir dans son protoplasma la bile qui s'y est produite ; si cette cellule est malade, elle perd cette propriété et laisse diffuser hors d'elle dans la lymphe et dans le sang la bile qu'elle aurait dû retenir. On a alors un ictère par impossibilité de rétention, un *ictère acathectique*. L'ictère émotif résultant d'une perte temporaire de cette propriété cathectique.

Nous signalerons simplement l'hypothèse de Liebermeister qui n'a pour elle rien qui puisse en affirmer la réalité.

Après avoir passé en revue les différentes théories pathogéniques de l'ictère émotif, nous croyons qu'aucune d'elles

ne peut en somme donner la clef de la production de l'ictère émotif, mais il est probable qu'il y a un point de vérité dans ces différentes théories ; et avec M. Talamon nous admettrons une pathogénie complexe. Un choc nerveux ne porte pas uniquement son action sur quelques filets nerveux à l'exclusion des autres ; tout l'ensemble de ce système nerveux hépatique doit être intéressé.

« Le trouble principal porte sur la cellule hépatique dont les fonctions biliaires sont activées en même temps qu'elle perd sa propriété de retenir la bile formée, d'où la diffusion immédiate dans le sang de l'excès et la bile sécrétée ; il y a simultanément augmentation de la substance absorbante par suite de la dilatation brusque des capillaires hépatiques et aussi contractions désordonnées des canaux biliaires se propageant jusqu'au cholédoque, d'où des alternatives de passage libre de la bile dans l'intestin et de suppression momentanée de l'écoulement avec décoloration argileuse des fèces comme cela a été parfois constaté. »

TRAITEMENT

Le traitement de l'ictère émotif comporte deux grandes indications :

1° Agir sur l'élément nerveux, cause première de l'affection. La belladone, le bromure de potassium, tous les hypnotiques en général seront d'un précieux secours.

2° Empêcher la production et l'accumulation des toxines dans l'économie, le salicylate de naphтол et le salol associés qui s'éliminant en partie par la bile sous forme de combinaisons salicyliques, peuvent réaliser du même coup l'antiseptie intestinale et biliaire. Donner des purgatifs soit le calomel, soit d'autres évacuants.

On interdira rigoureusement toutes les boissons alcooliques qui pourraient entraîner les plus graves conséquences. Le régime lacté jouera dans l'ictère émotif une action bienfaisante provoquant une diurèse éliminatrice.

On associera à ce traitement la méthode préconisée en

1877 par Krüll pour l'ictère catarrhal et consistant dans l'emploi des lavements froids.

« Chaque matin on administrera un grand lavement de 1 litre que le malade conserve de 5 à 10 minutes. Ces lavements agissent non seulement comme provocateurs de la diurèse, mais ils éveillent surtout par voie réflexe la contractilité de la vésicule et des voies biliaires extra-hépatiques, leur rendant ainsi leur perméabilité normale.

Observations d'ictère par affections morales subites

Il a été reconnu de tout temps qu'à la suite d'une affection morale vive et subite, l'ictère peut se manifester rapidement. Voici à ce sujet quelques faits puisés chez différents auteurs et dont un nous est personnel.

OBSERVATION (I)

Un jeune militaire reçoit un soufflet dans un bal public et, dans la fureur qui le transporte, tire son épée et se précipite sur son agresseur. Retenu par les témoins de la scène il s'épuise en vains efforts pour se dégager et tirer vengeance de l'outrage qu'il venait de subir. Presqu'au même instant, il devient jaune.

OBSERVATION II

On lit dans l'ancien journal de Médecine (T.XLV) qu'un dogue enragé venant de recevoir un coup de fusil, rompt sa

1. Citée dans le Dictionnaire des sciences médicales. Villeneuve, art. ictère L.XXIII.

chaîne par un effort extraordinaire, s'élance sur un jeune abbé et meurt à ses pieds sans lui avoir fait le moindre mal. Saisi d'effroi, ce jeune homme pousse un cri, tombe à demi mort et se relève aussi jaune que s'il fût tombé dans un bain de teinture de safran.

OBSERVATION III (1)

Un homme fort sensible, détenu pour ses opinions, entend un bruit imprévu que font deux gendarmes qui conduisent son épouse dans la cellule où il est enfermé, aussitôt sentiment de suffocation, pâleur de la face, puis jaunisse.

Nous empruntons, à M. le professeur Potain, deux faits d'ictère émotif rapportés par lui dans une de ses leçons cliniques sur ce sujet.

OBSERVATION IV.

Un pauvre homme, ayant été pris par les insurgés pendant la Commune de 1871 et tenu en joue pendant quelques instants pour être fusillé, devient jaune tout-à-coup par suite de la violente émotion qu'il venait de ressentir.

Ce fait fut constaté par les divers témoins de cette

1 Extrait de la thèse de Manoury. Thèse sur jaunisse (Paris an X).

2 Gazette des hôpitaux 1884.

scène et notamment par sa femme qui quelques instants après l'amenait à l'hôpital Necker.

OBSERVATION V

M^{me} X couchée au n° 12 de la salle V^e Adelaïde, hôpital Necker est très nerveuse, très irascible. Elle était bien portante, lorsque le mardi qui précéda son entrée à l'hôpital, elle rentra dans une violente colère vers dix heures du matin. Quelques heures plus tard sortant de chez elle elle fut étonnée d'apprendre, de la bouche même de ceux qui la rencontraient dans la rue, qu'elle avait la jaunisse. La guérison fut rapide.

C'est un fait absolument analogue à celui de M. Jules Simon quand il dit : (1)

OBSERVATION VI

Je viens de relire une observation prise par moi, en 1886, à l'hôpital Necker où une femme de trente et un ans, éprouva le 24 Janvier, à cinq heures du matin, une très vive émotion. A huit heures elle rentrait dans son atelier de bandagiste où elle travaillait, et déjà ses camarades pouvaient constater une très grande et très forte coloration de la conjonctive et du tégument externe ».

1 Jules Simon art. Ictère nouveau. Dict. de Méd. et de Chir. T. XVIII.

Il en est de même du fait suivant que nous empruntons à la thèse de Vaisselte et que nous rapportons intégralement (1).

OBSERVATION VII

Un de nos collègues et amis, interne en 1898 à l'hôpital de Grenoble, s'étant absenté, rentra tard à l'hôpital. Les deux autres internes qui logeaient à côté de lui, pour se donner une distraction blâmable, pénétrèrent dans sa chambre où ils installèrent des objets étranges destinés à épouvanter leur ami. Celui-ci, d'un caractère sans doute un peu pusillanime, eut une frayeur telle quand il rentra chez lui dans la nuit que, dès le lendemain matin, un ictère se manifesta et acquit bientôt une grande intensité de coloration. Il dura plus de huit jours.

OBLERVATION VIII (2)

M^{me} B., vingt-quatre ans, forte et bien constituée, enceinte de huit mois environ, s'étant rendue à la gare le jeudi 29 octobre, pour y recevoir un wagon de pommes de terre, vit tout-à coup les portes du wagon s'ouvrir laissant échapper une véritable avalanche qui renversa le garçon de ser-

1 Vaisselte considération sur l'ictère. Thèse de Montpellier 1862.

2 Observation d'un cas particulier d'ictère par Ch. Noblet *Gazette des hôpitaux* 1882.

vice, l'ensevelit à peu près et vint s'arrêter aux pieds de la marchande. Grande frayeur au moment de l'accident, puis un peu de malaise avec douleurs vagues dans le côté droit et dans la jambe correspondante, et le samedi, 22 octobre un ictère se manifesta.

OBSERVATION X

Jeune garçon de 20 ans, cocher d'une voiture de remise, était sur son siège, le 16 décembre, lorsque son cheval, s'emportant tout-à-coup, traversait bride abattue places et rues sans que son maître puisse s'en rendre maître. Il s'attendait naturellement aux accidents les plus graves, il n'en fut rien ; le cheval put être arrêté au milieu de sa course.

Il rentra chez lui en proie à l'émotion qu'il venait de ressentir ; néanmoins, il dina comme d'habitude. Mais le lendemain, à son réveil, il ressentit quelques malaises, de la courbature, il avait un peu d'inappétence.

Le surlendemain, 18 décembre, la peau, de même que les conjonctives, étaient complètement jaunes et les urines troubles, foncées comme la coloration de la bière brune.

Voici comment M. Hardy (1) résume lui-même cette observation :

1 Hôpital de la Charité M. Hardy : De l'ictère émotionnel : Gazette des hôpitaux, 1882.

Ictère survenu à la suite d'une émotion violente ; ictère qui ne s'est accompagné ni de douleurs dans la région du foie, ni d'augmentation de volume de l'organe hépatique, ni d'aucun phénomène d'embarras gastrique.

OBSERVATION X

La jeune X, âgée de 15 ans, d'un caractère emporté, se révolta un jour contre certaine réprimande que lui adressait son père. Dans la soirée, se sentant indisposée, elle se mit au lit plutôt qu'à l'ordinaire, et le lendemain en procédant à sa toilette, elle fut surprise, effrayée de se voir absolument jaune. L'ictère avait complètement disparu six jours après. (1)

OBSERVATION XI (Chauffard).

Ictère émotif avec oblitération consécutive du canal cholédoque, Guérison apparente avec persistance de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire.

Emm. G., âgé de 26 ans, entre à Brounais le 9 juin 1890 au n° 9 de la salle Lasèque. C'est un robuste garçon toujours bien portant et qui malgré sa profession de sommelier ne semble pas alcoolique. Il en nie tout antécédent, et

1 Daraignez. Thèse de Paris 90.

n'en présente du reste aucun stigmate appréciable, fonctionnel ou physique,

Le 6, G. se lève absolument bien portant, il se met à son travail, mais vers huit heures du matin il a une altercation violente avec un autre employé de la maison, et se contient à grand'peine pour ne pas se laisser aller à des voies de fait. Il était encore tout ému de cet accident quand une heure après, 2 h. environ, son patron descendu au magasin lui dit qu'il est jaune, ce qu'il constate en effet.

Le lendemain et le jour suivant, sans fièvre, sans anorexie l'ictère s'accroît.

Tel est le récit formel du malade.

Le 9, l'ictère est jaune citron clair. La tête est lourde, courbature générale; il n'a pas de fièvre. L'appareil respiratoire est sain. Au cœur, léger roulement à la pointe. Le foie n'est ni tuméfié ni douloureux.

Le 11, l'ictère est d'un jaune plus vif, et de plus les matières fécales sont décolorées et argileuses.

Du 12 au 14 même état. Les urines sont rouge acajou, de 900 à 1000 grammes par 24 heures.

On traite le malade par les grands lavements froids de 2 litres par jour.

Du 15 au 17, crise urinaire; les urines atteignent et dépassent même un peu de 2 litres. A partir de ce jour, l'ictère diminue et les matières se recolorent.

Le 22, l'ictère a complètement disparu et les fèces ont repris leur coloration normale.

Le 3, le malade exige sa sortie. Il ne présente plus d'autres symptômes morbides que son roulement diastolique et présystolique de la pointe.

OBSERVATION XII (1)

En 1868, je soignais une dame de 30 ans, atteinte d'ictère à la suite d'une fatigue physique et intellectuelle. Cela dura quelques semaines. Six mois après elle recevait chez elle plusieurs hôtes, et ses devoirs de maîtresse de maison la tracassaient beaucoup. Au milieu de ces soucis, un de ses enfants, sujet à l'asthme, eut une attaque très grave. Le lendemain je la trouvais assise sur son lit et se plaignant d'une douleur aiguë dans les régions hépatique et gastrique, avec quelques symptômes d'hystérie. Le lendemain, elle était complètement jaune et l'urine était acajou. Je prescrivis du podophyllin et du bromure. Deux jours après, la teinte ictérique de la peau et de l'urine avait disparu.

OBSERVATION XIII (Talamon)

Femme de 24 ans, couturière, se présente à la consultation de l'hôpital Tenon, atteinte depuis 6 jours d'un

1. Churton, British méd. journ, 19 novembre 1870.

ictère intense. Ses conjonctives sont d'un jaune foncé et toute la surface du corps présente une teinte jaune safran avec reflets verdâtres.

D'après les notes prises par M. Vassal, externe du service, le père est en bonne santé, la mère est morte de tuberculose pulmonaire. La malade a toujours eu une santé parfaite et ne se rappelle pas avoir fait aucune maladie pendant son enfance. Réglée à 17 ans, menstruation régulière. Elle n'a jamais eu de crises de nerfs, ne paraît pas très impressionnable et ne présente aucun stigmate d'hystérie. Il est impossible de relever chez elle aucune habitude ni aucun signe d'alcoolisme. Pas de syphilis antérieure.

L'ictère a débuté brusquement le 4 février dans les conditions suivantes :

Elle s'était couchée la veille en bonne santé, ayant dîné comme d'habitude. A 8 heures du matin, une descente de police est faite en son domicile pour procéder à l'arrestation de l'homme avec qui elle venait de passer la nuit. Elle n'a pas eu d'attaque de nerfs et n'a pas perdu connaissance, mais, suivant son expression, elle a été « bouleversée » et n'a pu déjeuner.

Vers une heure ou deux heures de l'après-midi, c'est-à-dire 5 ou 6 heures après l'incident, on lui fait remarquer

et elle constate avec étonnement qu'elle est devenue complètement jaune. L'ictère, au dire de la malade, a été très intense le jour même du début, et ne s'est pas modifié les jours suivants. Les urines ont été tout de suite foncées et brunâtres. Elle n'a pas fait attention à la couleur des selles. Il n'y a pas eu de fièvre.

Du 4 au 10 février où elle se présente à la consultation de l'hôpital, rien à signaler. Elle n'a éprouvé aucun malaise, aucun trouble digestif ; l'appétit est conservé.

Le lendemain de son entrée, en dehors de la teinte ictérique de la peau des conjonctives et des urines, nous ne constatons rien d'anormal. C'est une fille vigoureuse, bien constituée, sans tare d'aucune sorte. Elle n'accuse ni courbature, ni malaise, ni troubles digestifs ; elle ne se plaint que d'être jaune. La langue est nette et humide ; l'appétit est régulier. Ni prurit ni xanthopsie ; à peine un léger retentissement du pouls à 70. Rien au cœur ni aux poumons. Le foie cependant déborde légèrement les fausses côtes et la percussion est un peu douloureuse.

Les urines sont foncées, ictériques avec mousse colorée en jaune ; elles prennent une couleur vert bouteille par l'acide nitrique et par la teinture d'iode. Pas d'albumine ni de sucre.

Les selles sont moulées et *très colorées* d'un vert foncé. Traitement : grands lavements froids. Régime ordinaire.

12 février. Comme la veille, une garde-robe avec matières solides fortement colorées, verdâtres. Urines chargées de bile, 1,200 cent. cubes. Il n'y a pas d'azoturie. 14 grammes d'urée par litre.

13 février. La teinte ictérique de la peau paraît plus foncée ce matin : les urines sont aussi plus colorées : même quantité.

14 février. Les matières rendues la veille sont absolument *décolorées* d'une teinte gris blanchâtre argileuse. Urines 1 litre et quart. Aucun malaise. Pouls à 64.

15 février. Même état. Selles décolorées ; urines toujours chargées de pigments biliaires.

16 février. L'ictère est un peu moins accentué. Urines 1,500 cent. cubes, un peu plus claires. Les matières fécales semblent un peu moins argileuses et prennent une teinte légèrement brune. Le foie n'est plus douloureux à la percussion.

17 février. La coloration ictérique de la peau et des yeux est beaucoup moins prononcée. Les urines plus abondantes, 1,500 cent. cubes sont aussi moins foncées mais donnent toujours la réaction de la biliverdine. Les matières ont repris une couleur brunâtre presque normale. La malade sort le 18.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

M. B., âgée de 48 ans, sans profession, vint nous trouver en septembre dernier, se plaignant de légères douleurs dans le côté droit ; cette femme s'est toujours bien portée, menant une vie très active. Le 15 septembre dernier, son fils âgé de 26 ans succombe subitement à la suite d'une affection qui semblait n'avoir rien d'inquiétant. Deux jours après la mort de ce fils elle s'aperçoit que ses téguments offrent un aspect jaunâtre assez marqué. En même temps, elle éprouve une fatigue assez insolite et un léger affaiblissement très marqué et de légères douleurs dans l'hypocondre droit, le lendemain la teinte subictérique s'accroît et les douleurs ont une certaine acuité. La quantité d'urine est un peu au-dessous de la normale, 800 à 900 grammes environ ; les fèces ne sont pas décolorées. La malade s'alite, elle a de l'anorexie, des vomissements, de la céphalalgie et une légère douleur dans l'hypocondre droit. La malade est soumise au traitement, purgatif au calomel, régime lacté, eau de Vichy.

L'amélioration se fait peu à peu, les forces reviennent, la teinte subictérique disparaît complètement et 15 jours après la femme rentre dans son état normal.

CONCLUSIONS

Au fur et à mesure que marchent les progrès de la science et que les causes des maladies sont de mieux en mieux connues, on voit diminuer de beaucoup les causes vagues comme la frayeur, le froid dans l'étiologie des maladies.

Cependant à côté des causes extrêmement nombreuses d'ictères, il y a encore place dans l'état actuel de la science pour un ictère purement émotif ; sa brusquerie d'apparition en pleine santé à la suite d'une violente frayeur est la seule raison qui puisse permettre d'en faire le diagnostic ; cependant nous croyons que, même dans nombre de cas rangés sous cette étiquette, l'ictère émotif n'est que la conséquence d'un retentissement d'un état gastrique antérieur ou causé par la frayeur même.

Il y aura donc lieu de distinguer deux variétés : 1° un ictère émotif secondaire, 2° un ictère émotif primitif.

La pathogénie en est très obscure, on peut ranger

sous quatre chapitres les théories pathogéniques avec lesquelles on a tenté de l'expliquer.

1° Spasme des canaux biliaires.

2° Polycholie.

3° Paralysie ou action réflexe sur les vaisseaux du foie.

4° Modifications de la cellule hépatique.

Aucune de ces théories ne peut rendre un compte absolu des faits, mais chacune d'elles renferme une part de vérité.

Le pronostic bénin est subordonné à l'état de la muqueuse gastrique et à l'intégrité du système rénal.

Index Bibliographique

POTAIN. Semaine médicale. Août 1894.

STADELMANN. L'ictère et ses différentes formes. (1891. Stuttgart).

LIÉGEOIS. Traitement des ictères. (Revue générale clinique). (1883).

RIGA. Pathologie générale de l'ictère. Congrès de médecine. (28 octobre 1891).

LIEBERMEISTER. Pathogénie de l'ictère.

TALAMON. Médecine moderne. (23 août 1893).

BERNHEIM. Art. ictère. Dict. Dechambre.

JULES SIMON. Article ictère. Dict. Jacquoud.

FRERICKS. Maladies du foie.

HARLEY. Maladies du foie.

LABADIE-LAGRAVE. Maladies du foie.

DARAIGNEZ. Thèse de Paris. (1890). Pathogénie de l'ictère émotif.

HANOT et GOMBAUT. Société de biologie. 1881.

CHAUFFARD. Archives générales de médecine. (1890).

— Traité de Médecine (Maladies du foie).

RENDU. Clinique médicale.

DIEULAFOY. Pathologie interne.

LAVERAN et TESSIER. Pathologie interne.

MOYNAC. Pathologie générale.

CHARTON. Brit. medical-journal. (1870, 12 mars).



Vu par le Président de la Thèse

DEBOVE.

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.



